

Zulassungsausschuss für Zahnärzte
 Zulassungsbezirk Bremen / Bremerhaven+
 c/o Kassenzahnärztliche Vereinigung
 im Lande Bremen
 Universitätsallee 25

28359 Bremen

Praxisanschrift

**Antrag auf Auflösung der Genehmigung zur Führung einer örtlichen
 Berufsausübungsgemeinschaft**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen die Unterzeichner die Auflösung der Genehmigung zur Führung einer
 örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft für den Vertragszahnarztsitz

Straße:.....

PLZ / Ort:.....

zum

NAME	VORNAME	Unterschrift *

* Der Antrag ist von **allen** Partnern der örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft zu unterzeichnen